



Praktik pemberian makan terhadap kejadian kurus pada anak baduta

Influence of infant and young child feeding practice on wasting of under two children

Fithia Dyah Puspitasari¹, Mei Neni Sitaresmi², Susetyowati³, Iram Barida¹, Kartika Handayani¹

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Indonesia

² Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito

³ Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Wasting is an acute malnutrition form that interrupts immune function, prolong duration of infection and in the end increase mortality risk of children. It is not clear yet which risk factor leading to wasting, simply because wasting-suspected risk factors were also involved in another kind of malnutrition such as stunting and underweight. **Objective:** To determine whether infant and young child feeding practices is risk factor for wasting in under two year children. **Method:** This research was mix method research which used matching case control design for quantitative research and focus group discussion to gather information in qualitative research. Case were wasting children age 3-23 months old (z -score WHZ < -2 SD) while control were non-wasting children age 3-23 months old (z -score WHZ ≥ -2 SD). This research involved 106 under-two years old children and 14 nutritionist from 14 community health center which randomly chosen. Control group was matched by age and socio economic to case group. **Results:** Case group had more proportion of inappropriate feeding practices (26.41% vs 20.75%). More than half respondent failed to meet Indonesian recommended dietary allowance for energy (57.55%). Inappropriate infant and young child feeding practice significantly did not increased risk of wasting in under two children at Yogyakarta (OR=1.4; 95% CI: 0.62-3.36; $p=0.523$). Nutritionist from community health center focused in consultation and counseling in effort to increase infant and young child feeding practice. **Conclusion:** Feeding practices in under-two children in Yogyakarta was already good. Infant and young child feeding practice was not risk factor for wasting in under two years old children at Yogyakarta.

KEY WORDS: breastfeeding; complementary feeding; infant and young child feeding practice; under two children; wasting

ABSTRAK

Latar belakang: Kurus merupakan bentuk kurang gizi yang bersifat akut yang menyebabkan gangguan fungsi imun tubuh sehingga memperparah dan memperpanjang lama sakit infeksi serta meningkatkan risiko kematian pada anak. Sampai saat ini, belum dapat dipastikan faktor risiko penyebab kurus dikarenakan faktor risiko yang diduga menyebabkan kurus juga menjadi faktor risiko bagi bentuk malnutrisi pendek dan gizi kurang. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA) merupakan faktor risiko kejadian kurus pada anak baduta di Yogyakarta. **Metode:** Penelitian ini merupakan *mix method research* yaitu pada penelitian kuantitatif menggunakan desain kasus kontrol berpasangan. Sementara pada penelitian kualitatif digunakan diskusi kelompok terpadu (DKT) untuk mengumpulkan informasi. Kasus merupakan anak berusia 3-23 bulan yang kurus (z -score BB/PB < -2 SD) sedangkan yang menjadi kontrol adalah anak berusia 3-23 bulan yang tidak kurus (z -score BB/PB ≥ -2 SD). Sebanyak 106 anak baduta dan 14 tenaga penyuluh gizi dari 14 puskesmas dilibatkan dalam penelitian ini. Pemilihan puskesmas dilakukan secara acak. Kontrol diambil melalui proses *matching* usia dan status ekonomi kasus. **Hasil:** PMBA yang tidak sesuai lebih banyak dijumpai pada kelompok kasus (41,51% vs 33,96%). Lebih dari separuh responden tidak dapat memenuhi angka kecukupan gizi untuk energi (57,55%). PMBA yang tidak sesuai secara signifikan tidak meningkatkan risiko kurus pada anak baduta di Yogyakarta (OR=1,4; 95% CI: 0,62-3,36; $p=0,523$). Upaya peningkatan praktik PMBA bertumpu pada pemberian konsultasi dan penyuluhan. **Simpulan:** Praktik PMBA di Yogyakarta sudah cukup baik. Praktik PMBA terbukti bukan faktor risiko bagi kejadian kurus pada anak baduta di Yogyakarta.

KATA KUNCI: ASI; MP-ASI; praktik pemberian makan pada bayi dan anak; baduta; kurus

Korespondensi: Fithia Dyah Puspitasari, Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Indonesia, Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta Pusat 10560, e-mail: fithiadp@gmail.com

PENDAHULUAN

Jumlah balita berstatus gizi normal saat ini lebih sedikit dibandingkan jumlah balita bermasalah gizi (1). Di dunia, terdapat lima puluh juta anak balita kurus yang diantaranya adalah 20 juta balita dan 8,5 juta anak usia 0–6 bulan yang sangat kurus (2-4). Prevalensi kurus pada anak di Asia Tenggara mencapai 9,3 persen. Hanya sedikit di bawah *cut off* yang ditetapkan yaitu sebesar 10 persen untuk keseriusan masalah kurus pada anak balita (3). Di Indonesia, balita yang memiliki berat badan dan panjang/tinggi badan sesuai standar antropometri hanya mencakup 48,6 persen dari jumlah seluruh balita (5).

Indonesia menempati posisi tertinggi kedua di Asia Tenggara dengan prevalensi anak balita kurus sebesar 11,9 persen. Sembilan provinsi di Indonesia memiliki prevalensi anak balita kurus di atas 15 persen yang menjadikannya sebagai masalah kesehatan yang kritis (5). Kurus merupakan malnutrisi akut yang meningkatkan risiko kematian hingga 11 kali lipat lebih tinggi pada anak balita yang sangat kurus serta menyumbang 2 juta kematian dari seluruh kematian anak balita di dunia. Peningkatan kematian terjadi karena daya tahan tubuh anak balita menurun sehingga rentan untuk terkena penyakit infeksi (pneumonia, diare, malaria, campak, dll). Anak balita yang terkena penyakit infeksi berulang akan mengalami malnutrisi dan anak yang terkena malnutrisi akan memiliki daya tahan tubuh yang lemah sehingga mudah terserang penyakit infeksi (4,6).

Penelitian sebelumnya menunjukkan praktik pemberian makan di Indonesia masih belum baik (7-9). Cakupan pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif hanya mencapai 42 persen. Anak usia 6-23 bulan yang diberi makan sesuai panduan dari *World Health Organization* (WHO) hanya berkisar 18-45 persen (8). Jika dilihat dari kandungan zat gizi, lebih dari separuh anak balita belum dapat memenuhi kebutuhan energi, lemak, zat besi, zink, dan kalsium (9,10). Masih kurang baiknya pemberian makan pada bayi dan anak Indonesia, salah satunya disebabkan oleh belum optimalnya dukungan tenaga kesehatan. Penelitian menunjukkan besarnya peran tenaga kesehatan dalam memberikan contoh pemberian makan yang baik pada anak (11).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh praktik pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA)

terhadap kejadian kurus pada anak usia di bawah dua tahun (baduta), serta mengetahui upaya yang telah dilakukan tenaga penyuluh gizi (TPG) dalam peningkatan praktik pemberian makan pada bayi dan anak.

BAHAN DAN METODE

Perpaduan metode kualitatif dan kuantitatif (kasus kontrol berpasangan) digunakan dalam penelitian ini. Pengambilan data dilakukan di 14 Puskesmas di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Gunung Kidul pada tahun 2015. Kasus adalah anak berusia 0-23 bulan dengan status gizi kurus dengan kriteria eksklusi yang digunakan adalah anak mengalami kelainan bawaan yang menghambat anak untuk menyusu (bibir sumbing) dan atau menyebabkan anak menjadi kurus (kelainan jantung). Kontrol adalah anak berusia 0-23 bulan dengan status gizi normal yang telah dilakukan *matching* kelompok umur dan status ekonomi dengan kasus. Jumlah responden minimal untuk metode kuantitatif dihitung menggunakan rumus kasus kontrol berpasangan (12) dengan tingkat kepercayaan 95% (Z_{α}); kekuatan penelitian sebesar 90% (Z_{β}); dan odds ratio (OR) sebesar 2,28 (13). Berdasarkan rumus tersebut didapatkan 52 orang pada setiap kelompoknya. Hasil *screening* di posyandu dari 14 Puskesmas mendapatkan responden sebanyak 106 anak untuk kedua kelompok. Informasi juga dikumpulkan dari 14 informan kualitatif yang berprofesi sebagai tenaga penyuluh gizi dari 14 puskesmas. Penarikan sampel kuantitatif dilakukan secara *purposive sampling* sedangkan pemilihan puskesmas secara acak sederhana. Sebelum mengikuti penelitian, semua responden dan informan telah menandatangani form persetujuan (*informed consent*). *Ethical clearance* penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Balitbangkes serta KEPK Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah PMBA sedangkan variabel terikat adalah kurus pada anak baduta. Variabel luar yang berpotensi mempengaruhi variabel terikat turut diperhitungkan seperti asupan energi, berat badan lahir rendah (BBLR), dan penyakit infeksi.

Penilaian PMBA mengacu pada indikator inti PMBA oleh WHO (14) yaitu anak usia 0-5 bulan dikatakan memiliki PMBA yang baik jika pernah diberi

inisiasi menyusu dini (IMD) dan masih mendapatkan ASI eksklusif. Sementara itu, pada anak usia 6-23 bulan, indikator PMBA terdiri dari dua indikator yaitu indikator frekuensi dan indikator keberagaman bahan pangan. Seorang anak usia 6-23 bulan dikatakan memiliki PMBA yang baik jika frekuensi makannya sesuai dengan kelompok usianya dan mengonsumsi lebih dari atau sama dengan empat kelompok pangan. Status gizi anak baduta diukur menggunakan standar berat badan menurut panjang badan (BB/PB) anak usia 0-23 bulan yang mengacu pada standar WHO dan Kementerian Kesehatan. Status gizi dibedakan menjadi dua kategori yaitu kurus ($z\text{-score} > -2\text{ SD}$) (15) dan normal ($z\text{-score} \geq -2\text{ SD}$ sampai $\leq 2\text{ SD}$) (16). Asupan energi adalah asupan energi harian anak baduta yang dikatakan cukup jika lebih dari atau sama dengan 90% angka kecukupan gizi (AKG) (17). Kategori berat badan lahir mengacu pada *The United Nations Children's Fund* (UNICEF) dan WHO dengan *cut off* 2500 gram (18). Seorang anak dikatakan mengalami penyakit infeksi jika dalam satu bulan terakhir mengalami diare dan atau infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) (19).

Data kuantitatif dikumpulkan lewat wawancara kepada orangtua atau pengasuh anak sedangkan data kualitatif dikumpulkan lewat diskusi kelompok terpadu (DKT) dengan TPG sebagai peserta serta seorang antropolog kesehatan sebagai moderator. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan tim dengan latar pendidikan gizi kesehatan yang telah mengikuti pelatihan pengumpulan data sebelumnya. Data kuantitatif yang dikumpulkan meliputi data berat badan, panjang badan, berat badan saat lahir, panjang badan saat lahir, sosiodemografi, kejadian infeksi, asupan energi, praktik PMBA serta informasi terkait upaya yang telah dilakukan TPG puskesmas untuk meningkatkan PMBA. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dacin dengan tingkat ketelitian 0,1 kg; timbangan digital Camry dengan tingkat ketelitian 0,01 kg; pengukur panjang badan SECA dengan tingkat ketelitian 0,1 cm; kuesioner; *food frequency questionnaire* (FFQ) semi kuantitatif dan panduan pertanyaan diskusi kelompok terpadu.

Nilai $z\text{-score}$ responden diolah menggunakan *software* WHO Antro sedangkan pengolahan data asupan energi dilakukan dengan bantuan *software*

Nutrisurvey yang telah dilengkapi dengan basis data bahan makanan Indonesia. Data kuantitatif kemudian dianalisis menggunakan uji *McNemar* untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Rekaman jalannya diskusi kelompok terpadu ditranskrip secara verbatim oleh penerjemah berpengalaman. Hasil transkrip diperiksa kembali oleh tim peneliti untuk melihat keakurasiannya untuk selanjutnya diolah secara analisis konten.

HASIL

Mayoritas responden merupakan anak usia 6-23 bulan (88,68%); berasal dari status ekonomi menengah ke atas (64,15%); dan berjenis kelamin perempuan (56,60%). Orangtua responden sebagian besar merupakan tamatan SLTA (50,94% pada ayah dan 66,04% pada ibu). Ayah responden paling banyak bekerja di sektor informal atau non pegawai (68,57%) sedangkan ibu mayoritas berperan sebagai ibu rumah tangga (62,26%). Kejadian BBLR dan panjang lahir pendek lebih banyak terjadi pada responden dari kelompok kasus dibandingkan pada kelompok kontrol. Perbedaan proporsi yang signifikan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol hanya terlihat pada variabel berat badan lahir (**Tabel 1**).

Apabila dibandingkan dengan AKG tahun 2013 (20), lebih dari separuh responden baik pada kelompok kasus (56,60%) maupun kelompok kontrol (58,49%) mengalami defisiensi asupan energi ($<90\%$ AKG). Selama satu bulan terakhir, sebanyak 45,28% kelompok kasus serta 47,17% kelompok kontrol mengalami diare. Demikian pula dengan kejadian ISPA yang dalam satu bulan terakhir yang menjangkiti 81 orang responden (**Tabel 2**).

Proporsi anak yang diberi PMBA yang sesuai sudah mencapai 76,41%. Bahkan, praktik IMD pada responden sudah baik yaitu mencapai 84,90%. Berbeda dengan praktik ASI eksklusif yang hanya ditemukan sebesar 57,55% responden yang memperoleh ASI eksklusif seperti yang disarankan WHO. Lebih banyak anak pada kelompok kontrol yang diberi ASI eksklusif dibandingkan pada kelompok kasus. Mayoritas responden sudah mengonsumsi makanan dengan frekuensi yang tepat. Hanya 17 orang dari 94 anak usia 6-23 bulan (18,09%) yang belum mengonsumsi pangan yang beranekaragam

Tabel 1. Karakteristik sosio demografi

Karakteristik	Kelompok		Total n (%)	p
	Kasus n (%)	Kontrol n (%)		
Usia (bulan) ¹				
0-5	6 (11,32)	6 (11,32)	12 (11,32)	1,000
6-23	47 (88,68)	47 (88,68)	94 (88,68)	
Status ekonomi ¹				
Menengah bawah (\leq UMR)	19 (35,85)	19 (35,85)	38 (35,85)	1,000
Menengah atas ($>$ UMR)	34 (64,15)	34 (64,15)	68 (64,15)	
Jenis kelamin				
Laki-laki	22 (41,51)	24 (45,28)	46 (43,40)	0,695
Perempuan	31 (58,49)	29 (54,72)	60 (56,60)	
Pendidikan ayah				
Tamat SLTA	33 (63,46)	27 (50,94)	60 (57,14)	0,195
Tidak tamat SLTA	19 (36,54)	26 (49,06)	45 (42,86)	
Pendidikan ibu				
Tamat SLTA	35 (66,04)	35 (66,04)	70 (66,04)	1,000
Tidak tamat SLTA	18 (33,96)	18 (33,96)	36 (33,96)	
Pekerjaan ayah				
Pegawai negeri dan/swasta	20 (38,46)	13 (24,53)	33 (31,43)	0,124
Sektor informal	32 (61,54)	40 (75,47)	72 (68,57)	
Pekerjaan ibu				
Bekerja	21 (39,62)	19 (35,85)	40 (37,74)	0,689
Ibu rumah tangga	32 (60,38)	34 (64,15)	66 (62,26)	
Berat badan lahir				
BBLR ($<$ 2500 g)	11 (20,75)	2 (3,77)	13 (12,26)	0,008
Normal (\geq 2500 g)	42 (79,24)	51 (96,23)	93 (87,74)	
Panjang badan lahir ²				
Pendek ($<$ 48 cm)	12 (24,00)	6 (11,77)	18 (17,82)	0,108
Normal (\geq 48 cm)	38 (76,00)	45 (88,23)	83 (82,18)	

¹variabel yang dilakukan matching pada kedua kelompok; ²cut off panjang badan lahir untuk bayi laki-laki adalah 46,1 cm dan bayi perempuan adalah 45,4 cm (21); UMR = upah minimum regional, yang digunakan adalah UMR regional tahun 2015; bermakna secara statistik jika nilai $p < 0,05$

Tabel 2. Asupan zat gizi dan penyakit infeksi dalam 1 bulan terakhir

Karakteristik	Kelompok		Total n (%)	p
	Kasus n (%)	Kontrol n (%)		
Asupan energi				
Kurang ($<$ 90% AKG)	30 (56,60)	31 (58,49)	61 (57,55)	0,844
Cukup (\geq 90% AKG)	23 (43,40)	22 (41,51)	45 (42,45)	
Diare				
Diare	24 (45,28)	25 (47,17)	49 (46,23)	0,846
Tidak diare	29 (54,72)	28 (52,83)	57 (53,77)	
Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA)				
ISPA	40 (75,47)	41 (77,36)	81 (76,41)	0,819
Tidak ISPA	13 (24,53)	12 (22,64)	25 (23,59)	

bermakna secara statistik jika nilai $p < 0,05$

(Tabel 3). Berdasarkan uji statistik (Tabel 4) diketahui bahwa ketidaksesuaian PMBA tidak meningkatkan risiko kurus pada anak baduta di Yogyakarta (OR=1,4; 95% CI: 0,62-3,36; p=0,523).

Berdasarkan hasil DKT, beberapa upaya telah dilakukan oleh TPG untuk meningkatkan pelaksanaan IMD, ASI eksklusif, dan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Salah satu upaya tersebut adalah konseling dan penyuluhan kepada ibu menyusui, ibu hamil, dan calon pengantin. Penyampaian informasi juga dilakukan melalui kelas ibu oleh bidan dan TPG yang bekerjasama menyampaikan informasi terkait IMD, ASI eksklusif, dan MP-ASI.

kurang 6 bulan, setiap tahun per kelahiran ada, kemudian satu lagi untuk kegiatan itu biasanya kita juga di kelas ibu ada kolaborasi antara bidan, gizi dengan dokter untuk mengadakan kegiatan kelas ibu dimana disitu materi-materi tentang IMD kemudian ASI eksklusif kemudian di KP-Ibu kita masukkan” (Ibu R, TPG puskesmas)

Informasi terkait MP-ASI disampaikan oleh TPG kepada kader melalui konsultasi menggunakan media brosur dan leaflet yang berisikan informasi urutan cara pembuatan menu MP-ASI, cara pemberian MP-ASI, konsistensi MP-ASI, dan contoh MP-ASI.

“untuk ASI eksklusif kita ada program setiap tahun yaitu orientasi ASI Eksklusif itu untuk ibu hamil dan ibu menyusui, tapi yang masih usia bayinya

“kebetulan kita ada brosur ada leaflet MP ASI nah jadi kita sebar kan itu, disitukan ada gambar-gambar tentang apa namanya...salah satunya ada

Tabel 3. Gambaran praktik pemberian makan pada bayi dan anak

Karakteristik	Kelompok		Total	p
	Kasus n (%)	Kontrol n (%)		
PMBA				
Tidak sesuai	14 (26,41)	11 (20,75)	25 (23,58)	0,492
Sesuai	39 (73,58)	42 (79,24)	81 (76,41)	
Praktik IMD				
Tidak IMD	8 (15,09)	8 (15,09)	16 (15,10)	1,000
IMD	45 (84,90)	45 (84,90)	90 (84,90)	
Praktik ASI eksklusif				
Tidak ASI eksklusif	25 (47,17)	20 (37,74)	45 (42,45)	0,326
ASI eksklusif	28 (52,83)	33 (62,26)	61 (57,55)	
Frekuensi makan*				
Tidak sesuai	1 (2,13)	0 (0)	1 (1,06)	0,500
Sesuai	46 (97,87)	47 (100)	93 (98,94)	
Keanekaragaman pangan*				
Tidak beraneka ragam	9 (19,15)	8 (17,02)	17 (18,09)	0,789
Beraneka ragam	38 (80,85)	39 (82,98)	77 (81,91)	

*Responden usia 6 – 23 bulan; PMBA = pemberian makan pada bayi dan anak; bermakna jika p<0,05

Tabel 4. Analisis bivariat antara status gizi dan praktik pemberian makan pada bayi dan anak

Variabel bebas	Kasus	Status Gizi		Total	OR	95% CI	p
		Kontrol					
		PMBA					
		Tidak Sesuai	Sesuai				
PMBA	Tidak sesuai	9	13	22	1,4	0,62 – 3,36	0,523
	Sesuai	9	22	31			
	Total	18	35	53			

PMBA = pemberian makan pada bayi dan anak; bermakna secara statistik jika nilai p<0,05

gambar konsistensinya yang dulu cair kemudian sekarang menjadi bentuknya lebih padat seperti itu, jadi kalau saya menjelaskan ke kader pada intinya adalah manfaat dari MP ASI itu sendiri, bagaimana cara membuatnya tetapi kita cuman ngomong” (Ibu K, TPG puskesmas)

TPG juga menyampaikan informasi terkait MP-ASI (manfaat MP-ASI dan cara pembuatannya berdasarkan pelatihan PMBA yang pernah diikuti oleh TPG) secara lisan kepada kader. TPG menerangkan konsistensi MP-ASI yang disarankan (lebih padat dibandingkan anjuran MP-ASI terdahulu) serta informasi mengenai bahan makanan lokal sebagai bahan alternatif yang dapat menggantikan MP-ASI buatan pabrik atau instan.

BAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah praktik pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak sesuai panduan WHO akan meningkatkan risiko kurus pada anak baduta di Yogyakarta. Berdasarkan karakteristik dasar responden penelitian, tidak terdapat perbedaan karakteristik di antara kedua kelompok kecuali pada berat badan lahir. Kejadian BBLR lebih banyak ditemukan pada kelompok kasus dibandingkan dengan kelompok kontrol. Prevalensi BBLR pada penelitian ini jauh lebih besar dibandingkan prevalensi BBLR Indonesia maupun Yogyakarta (22,23). Perbedaan prevalensi ini diduga disebabkan oleh separuh responden penelitian ini adalah anak baduta kurus yang menurut penelitian berpeluang lebih besar untuk terlahir kurus (24).

Jika melihat praktik PMBA, baik pada kelompok kasus dan kelompok kontrol, angka prevalensi IMD dan ASI eksklusif sudah memenuhi target nasional dan internasional yaitu di atas 50% (25,26). Penelitian ini juga menunjukkan praktik pemberian makan pada anak usia 6-23 bulan juga sudah baik (di atas 80%). Namun, lebih dari separuh responden penelitian mengalami defisiensi asupan energi. Hal ini kemungkinan karena walaupun anak usia 6-23 bulan di Yogyakarta sudah mengonsumsi makanan yang beragam dan dalam frekuensi yang tepat tetapi jumlahnya masih belum cukup sehingga asupan energinya kurang. Masalah ini masih ditambah dengan banyaknya responden yang terserang diare, ISPA maupun

keduanya. Tingginya prevalensi penyakit infeksi diduga disebabkan oleh separuh responden adalah anak baduta kurus yang memang berisiko tinggi untuk terserang penyakit infeksi. Hasil serupa juga terlihat pada penelitian sebelumnya (27,28).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara praktik pemberian makan pada bayi dan anak dengan kurus pada baduta. Penelitian menemukan bahwa keanekaragaman bahan makanan tidak berhubungan dengan status gizi kurus maupun berat dan tinggi badan pada anak usia 6-24 bulan (27,29-31). Hal ini disebabkan kriteria keanekaragaman bahan makanan dari WHO tidak mengakui perbedaan kontribusi setiap kelompok bahan makanan terhadap status gizi anak. Sebagai pembanding adalah kategori keanekaragaman bahan makanan oleh *World Food Programme* (WFP) yang memberikan nilai lebih besar pada asupan protein dibandingkan asupan sayuran (32). Penelitian lain menunjukkan bahwa yang menjadi faktor risiko bagi kejadian kurus pada anak baduta adalah ketahanan pangan rumah tangga (30,31). Frekuensi makan dalam penelitian ini terbukti tidak berhubungan dengan kejadian kurus pada anak. Hasil yang sama juga ditemukan di Ethiopia (27).

Pada penelitian ini, praktik menyusui (IMD dan ASI eksklusif) tidak mempengaruhi kejadian kurus sebagaimana yang terjadi di India (33). Hal ini dikarenakan anak 0-6 bulan yang disusui secara eksklusif maupun tidak eksklusif, menerima manfaat ASI yang sama besar (memiliki ukuran tubuh lebih besar serta penurunan risiko terjangkit diare). Hal berbeda hanya ditemukan jika anak usia 0-6 bulan sama sekali tidak disusui (34). Penelitian lain menyatakan bahwa ASI eksklusif berhubungan dengan pendek/*stunting* dan gizi kurang/*underweight* tetapi tidak dengan kurus/*wasting* (35,36). IMD juga terbukti tidak berhubungan dengan kurus pada anak baduta (37). Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa faktor status kesehatan dan sanitasi sebagai faktor utama terjadinya kurus pada anak baduta.

Konseling merupakan upaya yang paling banyak dan paling sering digunakan untuk menyampaikan informasi, tidak saja mengenai IMD, ASI eksklusif, dan MP-ASI. Hal ini karena konsultasi dan konseling telah terbukti dapat meningkatkan praktik menyusui serta

pemberian MP-ASI yang baik (38,39). Namun, konseling yang diberikan TPG masih sangat bergantung pada peran aktif TPG yaitu konsultasi hampir semuanya dilakukan oleh TPG. Mengingat banyaknya tugas dan fungsi TPG diluar tugas konseling gizi, sudah saatnya disusun program konsultasi supaya konselor ASI, konselor MP-ASI, serta ibu yang sudah berpengalaman menyusui dengan baik, lebih banyak berperan dalam menyampaikan informasi PMBA kepada masyarakat.

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa praktik pemberian makan pada bayi dan anak tidak mempengaruhi kejadian kurus pada anak baduta di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Gunung Kidul. Sementara itu, hasil DKT menunjukkan upaya peningkatan praktik pemberian makan pada bayi dan anak masih bertumpu pada konsultasi dan penyuluhan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kejadian kurus pada anak baduta. Lebih lanjut, perlu adanya terobosan dalam menyampaikan informasi terkait PMBA dari tenaga kesehatan kepada kader serta masyarakat untuk meningkatkan kualitas PMBA.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih saya ucapkan kepada Ibu Anies Irawati serta Ibu Rachmalina Soerachman yang sudah banyak membimbing dalam penulisan proposal serta jalannya penelitian. Terimakasih kepada Badan Litbangkes yang telah memberikan dana bagi terlaksananya penelitian ini.

Pernyataan konflik kepentingan

Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dengan pihak-pihak yang terkait dalam penelitian ini.

RUJUKAN

1. International Food Policy Research Institute (IFPRI). Global Nutrition Report 2015 : actions and accountability to advance nutrition & sustainable development. Washington DC, USA: IFPRI; 2015.
2. Kerac M, Blencowe H, Grijalva-Eternod C, McGrath M, Shoham J, Cole TJ, et al. Prevalence of wasting among under 6-month-old infants in developing countries and implications of new case definitions using WHO growth standards: a secondary data analysis. Arch Dis Child 2011;96(11):1008-13.
3. UNICEF, WHO, The World Bank. Levels and trends in child malnutrition. Washington DC, USA: UNICEF, WHO, The World Bank; 2015.
4. WHO. WHA global nutrition targets 2025: wasting policy brief. Geneva: WHO; 2014.
5. Badan Litbangkes. Laporan nasional riskesdas 2013. Jakarta: Badan Litbangkes; 2013.
6. Office of Development Effectiveness. A Window of Opportunity : Australian Aid and Child Undernutrition. Canberra: Department of Foreign Affairs and Trade, Australian Government; 2015.
7. Ng CS, Dibley MJ, Agho KE. Complementary feeding indicators and determinants of poor feeding practices in Indonesia: a secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey Data. Public Health Nutr 2012;15(5):827-39.
8. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, Measure DHS, ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: BPS; 2013.
9. Blaney S, Februhartanty J, Sukotjo S. Feeding practices among Indonesian children above six months of age: a literature review on their magnitude and quality (part 1). Asia Pac J Clin Nutr 2015;24(1):16-27.
10. Badan Litbangkes. Studi diet total : survei konsumsi makanan individu Indonesia 2014. Jakarta: Badan Litbangkes; 2014.
11. Novianti, Rizkianti A. Pemberian asupan prelakteal sebagai salah satu faktor kegagalan ASI eksklusif pada pekerja buruh industri tekstil di Jakarta. J Kesehat Reproduksi 2013;5(1):23-36.
12. Ariawan I. Modul besar : metode sampel pada penelitian kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia; 1998.
13. Aguayo VM, Badgaiyan N, Dzied L. Determinants of child wasting in Bhutan. Insights from Nationally Representative Data. Public Health Nutr 2015;20(2):315-24.
14. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1: definitions. France: WHO Press; 2008.
15. WHO. Nutrition landscape information system country profile indicators: interpretation guide. Geneva: WHO; 2010.
16. Kemenkes. Standar antropometri penilaian status gizi anak. Jakarta: Kemenkes; 2010.

17. Pertiwi KI, Hardinsyah, Ekawidyani KR. Konsumsi pangan dan gizi serta skor pola pangan harapan pada anak usia sekolah 7-12 tahun di Indonesia. *J Gizi dan Pangan* 2014;9(2):117-24.
18. UNICEF, WHO. Low birthweight: country, regional and global estimates. Geneva: UNICEF, WHO; 2004.
19. FAO, WHO, UNU. Human energy requirements. Rome: FAO, WHO, UNU; 2001.
20. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes No. 75 tahun 2013 tentang AKG yang dianjurkan bagi Bangsa Indonesia.
21. WHO. WHO Child Growth Standards. Geneva: WHO; 2006.
22. Badan Litbangkes. Laporan nasional riset kesehatan dasar 2010. Jakarta: Kemenkes; 2010.
23. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2015.
24. Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. *Br Med J* 1995;311(6998):171-4.
25. Kemenkes RI. Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
26. WHO. Sixty-fifth world health assembly : resolutions and decisions annexes. Geneva: WHO; 2012.
27. Fekadu Y, Mesfin A, Haile D, Stoecker BJ. Factors associated with nutritional status of infants and young children in Somali Region, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2015;15:846-54.
28. Bloss E, Wainaina F, Bailey RC. Prevalence and predictors of underweight, stunting, and wasting among children aged 5 and under in Western Kenya. *J Trop Pediatr* 2004;50(5):260-70.
29. Bukania ZN, Mwangi M, Karanja RM, Mutisya R, Kombe Y, Kaduka LU, et al. Food insecurity and not dietary diversity is a predictor of nutrition status in children within semiarid agro-ecological zones in Eastern Kenya. *J Nutr Metab* 2014;2014.
30. Motbainor A, Worku A, Kumie A. Stunting is associated with food diversity while wasting with food insecurity among underfive children in East and West Gojjam Zones of Amhara Region, Ethiopia. *PLoS One* 2015;10(8):1-14.
31. Wright MJ, Bentley ME, Mendez MA, Adair LS. The interactive association of dietary diversity scores and breast-feeding status with weight and length in Filipino infants aged 6-24 months. *Public Heal Nutr* 2015;18(10):1762-73.
32. Wiesmann D, Bassett L, Benson T, Hoddinott J. Validation of the world food programme's food consumption score and alternative indicators of household food security. *IFPRI Discuss Pap* 2009;870:1-105.
33. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P. Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. *Indian J Pediatr* 2006;73(5):417-21.
34. Haschke F, Haiden N, Detzel P, Yarnoff B, Allaire B, Haschke-Becher E. Feeding patterns during the first 2 years and health outcome. *Ann Nutr Metab* 2013;62(Suppl 3):16-25.
35. Chika N, Odinakachukwu N, Eucharia U, Aloysius M. Nutritional assessment of exclusively breastfed and non-exclusively breastfed infants aged (0 – 6 months) at mother of Christ Specialist Hospital, Enugu, Nigeria. *Int J Nutr Food Sci* 2014;3(5):462-70.
36. Kuchenbecker J, Jordan I, Reinbott A, Herrmann J, Jeremias T, Kennedy G, et al. Exclusive breastfeeding and its effect on growth of Malawian infants: results from a cross-sectional study. *Paediatr Int Child Health* 2015;35(1):14-23.
37. Altare C, Delbiso TD, Guha-Sapir D. Child wasting in emergency pockets: a meta-analysis of small-scale surveys from Ethiopia. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(2):1-15.
38. Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ* 2004;170(6):976-8.
39. WHO. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes. Report of Proceeding; 2008 October 6-9; Geneva.